|  |  |
| --- | --- |
| ***မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ်*** |  |

***ဘဏ္ဍာရေးပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းနှင့် အခက်အခဲချိန်ညှိမှု လျှောက်လွှာ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ အချက်အလက်-** | | | | | | | | | | | |
| လျှောက်ထားသူအမည်– |  | | | | | | | လျှောက်လွှာ ရက်စွဲ- | | |  |
| လမ်း လိပ်စာ- |  | | | | | | | ကလေးအမည်- | | |  |
| မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာတိုက်ကုဒ်- |  | | | | | | | ကလေး၏မွေးသက္ကရာဇ်– | | |  |
| အိမ်ဖုန်း- |  | | | | | | | ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းရေးမှူး- | | |  |
| အခြားဖုန်း– |  | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| **အခက်အခဲ၏ အချက်အလက်-** | | | | | | | | | | | |
| ***အမျိုးအစား*** | | | | ***ပေးထားသောစာရွက်စာတမ်းများ*** | | | | | | ***ဆုံးရှုံးမှု နှင့်/သို့မဟုတ် ကုန်ကျမှု၏ အကျိုးသက်ရောက်မှု*** | |
| **အိမ်ဆုံးရှုံးခြင်း** | | | |  | | | | | |  | |
| **အလုပ်အကိုင်ဆုံးရှုံးခြင်း** | | | |  | | | | | |  | |
| **များပြားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုန်ကျစရိတ်များ** | | | |  | | | | | |  | |
| *(ထပ်ဆင့်အချက်အလက်များအတွက် ITP အခက်အခဲ ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှု FAQ ကိုကြည့်ပါ၊ လိုအပ်သလို စိစစ်အတည်ပြုရေးစာရွက် စာတမ်းများကို ချိတ်တွဲပါ)* | | | | | | | | | | | |
| ***For CDSA Business Office Use Only*** | | | | | **Date Completed Application Received-** | | | | | | |
| Current AGI: | | | Current SFS Percentage- | | | | | | Date of Previous Determination- | | |
| Current Gross Cap- | | | | | Adjusted AGI (if applicable): | | | | | | |
| Recommend Adjustment as outlined below- | | | | | DO NOT recommend adjustment; maintain current SFS%. | | | | | | |
| **Adjusted SFS%:** | |  | | | Reason(s) not approved: | | | | | | |
| **Gross Cap-** | |  | | |  | | | | | | |
| **Date Recommended-** | |  | | |  | | | | | | |
| **Adjustment Time Frame-** | |  | | |  | | | | | | |
| **Required Review Date:** | |  | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| ***For CDSA Director’s Use Only*** | | | | | | | | | | | |
| Approve Adjustment as recommended above | | | | | Decline adjustment; maintain current SFS%. | | | | | | |
| Approve adjustment with changes below | | | | | Reason(s) not approved: | | | | | | |
| **Adjusted SFS%:** | |  | | |  | | | | | | |
| **Gross Cap-** | |  | | |  | | | | | | |
| **Date Recommended-** | |  | | |  | | | | | | |
| **Adjustment Time Frame:** | |  | | |  | | | | | | |
| **Required Review Date:** | |  | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | | |
| CDSA Director’s Signature | | | | | |  | Date | | | | |